

凍結保存胚の取り扱いに関する同意書

医療法人 アートクリニック
アートクリニック産婦人科 院長 呉竹昭治 殿

私たちは今回の体外受精において凍結保存した胚の取り扱いに関して、以下の事項を十分に理解しました。

(よく読まずにサインすることのないよう、一つ一つチェックしてください)

凍結保存期間は 西暦 年 月 日まで 最大5年間まで (年)
(胚 個 回分)

- 凍結保存期間を延長する場合は必ず期限前に夫婦で来院し、手続きをいたします。
(保険で延長する場合は期限翌日以降から手続き可能となります)
- 凍結保存期間は夫婦の婚姻継続中であり、生殖年齢を超えないことに同意します。
- 凍結保存胚のリスクについて理解し、納得しました。
- 自然災害・火事・事故などの不測の事態により、凍結保存に支障をきたした場合、貴院に対する免責に同意します。

破棄に関する同意事項

- 破棄を希望する場合も必ず来院し、夫婦連名で破棄の同意書を提出します。
- 夫婦が離婚した場合、あるいはどちらか一方が死亡した場合は、戸籍謄本の写しを提出し、残りを破棄することに同意します。
- 凍結保存日から5年以上経過した場合、または母体年齢が47歳を超えた場合は破棄することに同意します。
- 保管期限日から3ヶ月以内に更新手続きがない場合は、破棄することに同意します。

☆ 凍結保存期間はご自身で管理をお願いいたします。

西暦 年 月 日

夫婦住所 _____

夫の氏名 (本人自署) _____ 印 (異なる印鑑)

携帯電話 _____

妻の氏名 (本人自署) _____ 印 (異なる印鑑)

携帯電話 _____